

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

159

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} B. KAGAN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Troubles vésicaux d'origine génitale

CHEZ LA FEMME

en dehors de la grossesse

Président : M. RECLUS, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1913

159

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

ANNÉE 1913

THÈSE

N°

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

M^{lle} B. KAGAN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Troubles vésicaux d'origine génitale

CHEZ LA FEMME

en dehors de la grossesse



Président : M. RECLUS, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE ET C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM.

Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL
	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
	DELBET
Clinique chirurgicale	QUENU
	RECLUS
	N.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchements	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

Professeur de clinique chirurgicale
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu

*En le remerciant de l'honneur
qu'il m'a fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Troubles vésicaux d'origine génitale

CHEZ LA FEMME

EN DEHORS DE LA GROSSESSE

INTRODUCTION

Les connexions anatomiques de la vessie avec l'appareil génital de la femme sont si intimes qu'il n'est pas surprenant de voir que toutes les affections de cet appareil puissent retentir sur la vessie. Dans certains cas, ce retentissement n'est qu'une véritable *complication de l'affection primitive* bien connue et bien déterminée, résultant d'une propagation de cette affection à la vessie, cancer de l'utérus par exemple propagé à la vessie, salpingite ouverte dans la vessie, etc. Dans d'autres cas, l'affection génitale attire peu l'attention de la malade, voire du médecin et les troubles vésicaux sont tels que la lésion causale peut passer complètement inaperçue. Pour qui ne connaît pas la possibilité de ces troubles, ils peuvent être d'une explication difficile et ne pas être toujours rapportés à leur vraie cause.

Dans ce travail je n'ai pas l'intention d'étudier

tous les troubles vésicaux *consécutifs* aux *lésions génitales* ; je laisserai de côté ceux qui sont le fait de lésions de la vessie survenant comme complications et ne disparaissant pas du fait que l'on supprimera *l'affection* génitale qui lui a donné naissance : cystite au cours de la blennorrhagie vaginale, envahissement de la vessie par un néoplasme du col, infection par *ouverture* d'une salpingite purulente dans la vessie. Nous laissons également de côté les troubles vésicaux que l'on peut observer au cours de la grossesse. Nous nous bornerons à étudier *les troubles fonctionnels* que *provoquent* certaines *affections génitales* sans déterminer du côté de la vessie de *lésions spéciales* qu'il soit nécessaire de traiter pour voir disparaître ces troubles.

Je commencerai par décrire les troubles que l'on peut observer, en signalant les particularités qu'ils peuvent présenter dans ces cas, particularités qui doivent attirer l'attention et feront rechercher leur origine spéciale au cas où celle-ci ne serait pas évidente au premier abord.

Je dirai ensuite quelles sont les affections qui les provoquent, par quel mécanisme elles les provoquent et les difficultés que peut présenter le diagnostic dans certains cas.

Je n'aurai pas à insister beaucoup sur le traitement, car ce traitement est celui de lésions banales se manifestant de façon un peu anormale ; seuls quelques points de technique peuvent offrir des particularités.

Les troubles vésicaux d'origine génitale ont déjà fait l'objet de travaux d'ensemble nombreux. Pourrat (1), Vergely (2), Bouvier (3), Castet (4), Minvielle (5) ont étudié dans leurs thèses les troubles vésicaux que peuvent provoquer les fibromes utérins. L'année dernière, M. Legueu (6) publiait encore une étude sur les troubles urinaires provoqués par les fibromes du col de l'utérus. En 1897, M. Legueu (7) avait déjà étudié les relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. Hartmann (8), en 1889, dans son mémoire sur *les Névralgies vésicales* signalait la part qui revient aux affections génitales dans l'origine de ces névralgies. On trouvera dans ces différents travaux la bibliographie de la question, je ne crois pas utile de la reproduire.

Dans ce travail je n'ai pas la prétention de faire une étude complète de ces troubles vésicaux, je veux

1. Pourrat, *Complications urinaires des corps fibreux de l'utérus*. Thèse de Paris, 1884-1885.

2. Vergely, *Influence de l'utérus sur la vessie en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral*. Thèse de Paris, 1899-1900.

3. Bouvier, *les Fibromes de l'utérus intra-ligamentaires*. Thèse de Bordeaux, 1900-1901.

4. Castet, *Complications urinaires des fibromes de l'utérus*. Thèse de Bordeaux, 1905-1906.

5. Minvielle, *Troubles de la miction dans les fibromes de l'utérus*. Thèse de Paris, 1910.

6. Legueu, *Des Troubles urinaires provoqués par les fibromes du col utérin* (*Journal d'Urologie*, janvier 1912, p. 33).

7. Legueu, *Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme* (*Annales des mal. des org. gén. urin.*, juillet 1897).

8. Hartmann, *Des Névralgies vésicales*. Paris, Steinheil, 1889.

seulement apporter des documents nouveaux pouvant servir à l'histoire de ces troubles et signaler quelques points spéciaux ayant trait en particulier au diagnostic.

Les observations que j'apporte à l'appui de mon étude sont toutes inédites, sauf une ; elles ont été recueillies dans le service du D^r Marion que je remercie de m'avoir indiqué le sujet de cette thèse et d'avoir mis à ma disposition tous les documents qu'il possédait sur ce sujet.

ÉTUDE CLINIQUE

Nature des troubles vésicaux

Les troubles vésicaux d'origine génitale tels que je les comprends se présentent sous des aspects assez variés, ils peuvent consister en *pollakyurie*, *irritabilité vésicale*, *dysurie* pouvant aller jusqu'à la *rétention complète*, en *incontinence fausse ou vraie*, plus rarement en *hématurie*.

La *pollakyurie* caractérisée par la fréquence de la miction est un symptôme véritablement fréquent au cours des affections génitales, mais en général elle n'est pas suffisamment intense pour retenir l'attention des malades qui ont seulement quelques mictions supplémentaires dans les vingt-quatre heures. Dans d'autres cas, les besoins d'uriner arrivent à une telle fréquence qu'ils sont le symptôme capital.

Cette *pollakyurie* peut être diurne ou nocturne, mais en général, elle *sera plus marquée pendant le jour et surtout dans la position debout*, pendant la marche ou lors de la fatigue.

Elle prend pour les malades une importance particulière lorsqu'à la fréquence des envies s'ajoutent

le besoin impérieux qui demande à être satisfait immédiatement sous peine de provoquer une incontinence, *fausse incontinence*, la malade ne pouvant retenir l'urine lorsqu'il se manifeste.

La pollakyurie acquiert également une importance considérable pour les malades, lorsqu'il s'y joint des phénomènes douloureux, consistant en une douleur apparaissant le plus souvent à la fin de la miction ou en brûlures le long du canal et surtout au méat. Dans ces cas, en général les besoins d'uriner sont presque subintrants, se terminant par l'évacuation douloureuse de quelques gouttes d'urine, du reste absolument claires. Ce sont ces caractères de l'urine ne contenant pas trace de pus qui doivent faire éliminer la cystite et faire penser à la *névralgie vésicale*, à la *vessie irritée et irritable* du fait d'une lésion de voisinage.

Parmi les causes qui peuvent déterminer cette pollakyurie, causes que nous étudierons plus loin, il faut noter la *rétenction incomplète d'urine*. De sorte que la pollakyurie n'est que la manifestation d'une évacuation incomplète de la vessie, qu'il sera facile de reconnaître par un cathétérisme pratiqué aussitôt après que la malade vient d'uriner.

Le dysurie s'observe également fréquemment dans certaines affections génitales. Elle est caractérisée pour les malades par la nécessité dans laquelle elles se trouvent de faire effort et parfois effort violent pour expulser leur urine. La musculature vésicale ne suffit pas à vaincre la résistance que lui oppose

un obstacle venu de l'appareil génital, et la contraction vésicale doit être aidée par celle des muscles abdominaux. Et parfois, ces efforts n'aboutissent qu'à un résultat assez médiocre consistant dans l'évacuation d'une petite quantité d'urine.

Quelquefois certaines positions favorisent l'évacuation de la vessie, les malades urinant mieux assises ou couchées que debout, ou bien urinant mieux dans la position génu-pectorale que dans tout autre.

La dysurie peut aller progressivement en s'accroissant jusqu'à aboutir à la *réten tion complète*. Celle-ci, du reste, peut apparaître d'emblée chez des malades qui jusque-là n'avaient pas eu trop à se plaindre de leur vessie. Elle peut être définitive du jour où elle s'installe; dans d'autres cas elle est intermittente, survenant en particulier au moment des règles pour disparaître lorsque celles-ci viennent à cesser.

Si les malades peuvent négliger les avertissements fournis par la pollakiurie, et même par la dysurie lorsque ces symptômes ne sont pas trop accentués, elles sont toujours obligées de tenir compte de la rétention d'urine à laquelle seul le cathétérisme est susceptible de parer, et pour laquelle elles se voient contraintes de se résigner à une intervention qu'elles avaient refusées jusque-là.

L'incontinence d'urine pour les malades offre un seul type : la sortie involontaire de l'urine qui les inonde, les refroidit, leur communique une odeur si désagréable et les oblige à se garnir. C'est

avec la rétention le symptôme qui leur est le plus pénible. Mais si l'on étudie bien les caractères de cette incontinence on voit bientôt qu'ils sont différents suivant les cas, ce qui démontre que son mécanisme n'est pas toujours le même.

Nous avons déjà parlé de la *fausse incontinence* des pollakyuriques qui ont en même temps des besoins impérieux d'uriner ; ces malades-là se mouillent parce qu'il leur est impossible de résister à ces besoins qui les prennent alors qu'elles ne peuvent les satisfaire assez rapidement.

D'autres, au contraire, perdent leur urine goutte à goutte, d'une façon continuelle, inconsciente, sans éprouver le besoin d'uriner, qu'elles peuvent, du reste éprouver de façon intermittente, et au premier abord il semble qu'il s'agisse d'une vraie incontinence, la vessie laissant échapper l'urine parce que son sphincter ne peut la retenir. Or, lorsque l'on sonde ces malades on s'aperçoit que, bien que l'urine coule goutte à goutte, il en existe dans la vessie une quantité souvent considérable ; il s'agit encore d'une fausse incontinence, d'une incontinence par regorgement. Le sphincter est incapable de retenir l'urine, mais seulement parce que la pression à laquelle cette urine est soumise du fait de la distension vésicale est trop forte.

Enfin d'autres malades ont de la *vraie incontinence*. Elles perdent leurs urines d'une façon continuelle, inconsciente, sans que cette perte soit précédée du besoin d'uriner, et lorsqu'on examine le contenu

de leur vessie on peut constater qu'il est nul ou si peu important qu'il ne s'agit pas d'une incontinence par regorgement mais d'une incontinence par défaillance du sphincter vésical.

Les hématuries que peuvent provoquer les affections génitales en dehors de toute atteinte de la vessie elle-même par une propagation des lésions, sont vraiment rares et quelques observations seulement ont été publiées. Dans ces cas il s'agit évidemment d'hématurie par congestion.

Nos observations présentent quelque exemples typiques de ces différents troubles. La malade de l'observation I, atteinte de fibrome, présentait de la pollakiurie. Les malades des observations II, III, IV, atteintes également de fibromes, souffraient de dysurie. Chez les malades des observations V et VI le fibrome déterminait de la rétention d'urine. Dans l'observation VII, une incontinence était provoquée également par un fibrome. Enfin, dans l'observation VIII, nous voyons un fibrome provoquer entre autres troubles des hématuries.

La pollakiurie provoquée par des cystocèles est notée dans les observations IX et X. Dans les observations XI, XII, XIII, XIV, XV, le prolapsus vaginal déterminait de l'incontinence.

Un hydrosalpinx déterminait de la dysurie chez la malade de l'observation XVI.

Des hématuries étaient provoquées par une salpingite chez la malade de l'observation XVII.

Enfin, dans les observations XVIII, XIX, XX, l'on

trouve de beaux exemples de vessie irritable occasionnée par une salpingite, une métrite et une rétroversion.

*Caractères communs aux troubles vésicaux
d'origine génitale*

Quel que soit parmi ces troubles celui qu'accusent les malades il est un caractère qui leur est commun, c'est d'être dans la plupart des cas influencés par la position d'une part et par les états congestifs du petit bassin d'autre part. C'est soit lorsque les malades se lèvent et surtout marchent, font un effort, que les troubles apparaissent, ou bien c'est pendant la nuit, au moment où se produit de la congestion du petit bassin qu'ils augmentent. Ces troubles subissent, en particulier, très souvent, une recrudescence marquée au moment des règles, la congestion pelvienne étant à son maximum pendant cette période.

La *pollakurie* était manifestement influencée par la position debout chez la malade de l'observation I atteinte de fibrome, de même que chez la malade de l'observation VI atteinte de cystocèle.

Lorsqu'elle était couchée cette malade urinait normalement ; mais lorsqu'elle se levait elle éprouvait constamment le besoin d'uriner. Il en était de même chez la malade de l'observation X, atteinte elle aussi de prolapsus.

Par contre, dans l'observation XVIII, nous voyons la malade atteinte de salpingite présenter de la polla-

kyurie avec phénomènes douloureux uniquement pendant la nuit, et surtout au moment des règles, c'est-à-dire lorsque de la congestion se produit.

De même pour la *dysurie* ou la *rétenion*. Chez la malade de l'observation III il y avait un état véritablement comparable à celui des prostatiques; la malade atteinte de fibrome ayant la difficulté la plus, grande à uriner le matin à son réveil, lorsqu'elle était sous l'influence de la congestion nocturne, difficulté disparaissant à peu près dans la journée.

Quant à l'*incontinence* elle est encore plus que tous les autres troubles influencée par la position. Telle malade parfaitement continente, couchée, ou même assise, voit l'écoulement d'urine se produire aussitôt qu'elle s'élève et surtout reste levée un certain temps. Nous trouvons cette *incontinence orthostatique* chez la malade de l'observation VII, atteinte de fibrome, chez celles des observations XI, XII, XIII, XIV, XV, atteintes de prolapsus.

Il y a dans ces modifications des troubles vésicaux sous ces différentes influences un caractère absolument spécial dont il faut tenir le plus grand compte, car il doit attirer l'attention du médecin du côté des organes génitaux, lorsque cette attention n'est pas immédiatement attirée de ce côté par des symptômes nets évidents en dehors de tout examen minutieux. Et, il faut bien le dire, dans beaucoup de cas les troubles vésicaux sont tellement prédominants que ce sont eux qui attirent l'attention de la malade et du médecin.

AFFECTIONS GÉNITALES

SUSCEPTIBLES DE PROVOQUER DES TROUBLES VÉSICAUX

Toutes les affections utérines ou annexielles sont capables de provoquer des troubles de la miction. Mais ce sont surtout les *fibromes* et les *prolapsus* qui influencent le fonctionnement de la vessie ; plus rarement les *salpingites* ou les *kystes ovariens* ou *parovariens* retentissent sur elle, de même que les déviations utérines. Quant au *cancer de l'utérus* il provoque très fréquemment des troubles vésicaux même très accentués ; mais dans tous les cas il y avait envahissement, soit de la vessie, soit de la cloison intra-vaginale, et ces cas sortent du cadre de mon travail, puisque je n'étudie que les troubles vésicaux apparaissant en dehors de toute lésion vésicale.

Les fibromes de l'utérus sont parmi les affections utérines une de celles qui retentissent le plus souvent sur le fonctionnement de la vessie, et suivant le siège de la tumeur, les troubles qu'ils provoquent sont variables : pollakiurie, dysurie, rétention, incontinence, hématurie.

Les fibromes du corps ne provoquent en général que de la pollakiurie. Je n'en rapporte qu'une obser-

vation, mais les cas sont banaux où existent des mictions plus fréquentes quand la malade est debout. Ce n'est que lorsqu'il existe un fibrome de l'utérus en rétroversion enclavé dans le cul-de-sac postérieur qu'apparaissent des troubles de dysurie. Mais ce sont surtout les fibromes de la face postérieure de l'isthme et du col, qui par suite de leur siège primitifs s'enclavant forcément dans le petit bassin, provoquent ces troubles. Nous voyons que la malade de l'observation II atteinte de dysurie avait un fibrome de la face antérieure de l'isthme ; la malade de l'observation III atteinte également de dysurie avait un fibrome de la partie postérieure du col ; chez la malade de l'observation IV c'est un fibrome de la paroi postérieure qui déterminait ces troubles de dysurie, et chez les malades des observations VI et VII la rétention était causée par des fibromes du col.

Les *prolapsus génitaux* influent fréquemment aussi sur le fonctionnement de la vessie, et l'on peut dire qu'il n'est pas de femme porteuse d'un prolapsus un peu accentué qui ne présente à un moment donné des troubles de la miction consistant soit en pollakyurie, soit en incontinence, soit en dysurie, soit même en rétention. La malade de l'observation IX atteinte de pollakyurie présentait une cystocèle très accentuée. Dans le cas de la malade de l'observation X la pollakyurie était également provoquée par une cystocèle. Par contre, chez les malades des observations XI, XII, XIII, XIV, XV, le prolapsus déterminait de l'incontinence.

Les *salpingites* peuvent agir sur la vessie de façon un peu différente. Nous voyons que dans l'observation XVI la malade souffrait d'une dysurie provoquée par un hydrosalpinx enclavé dans le cul-de-sac postérieur. La malade de l'observation XVII atteinte d'une salpingite aiguë présente des phénomènes d'irritation et de congestion vésicale qui fait penser à une cystite, que l'on peut éliminer du fait que sa capacité vésicale n'est nullement diminuée et que si les urines contiennent du sang elles ne contiennent pas de pus. Enfin, chez la malade de l'observation XVIII les troubles vésicaux consistaient en une irritabilité vésicale toute particulière.

La *métrite* peut déterminer des troubles vésicaux consistant en général en névralgie vésicale. L'observation XIX en fournit un exemple très intéressant.

Quant aux *déviation utérines* leur action sur la vessie est en général médiocre ; je rapporte cependant un fait de vessie irritable en raison d'une rétroversion.

MODE D'ACTION DES LÉSIONS GÉNITALES

LES FIBROMES DE L'UTÉRUS provoquent, nous l'avons vu, des troubles vésicaux variés ; il est donc à penser qu'ils agissent de façon différente suivant les cas.

La *pollakyurie orthostatique* est un symptôme fréquent des fibromes utérins, mais en général assez accessoire car ce sont presque toujours des fibromes assez volumineux qui la provoquent et d'autres manifestations plus importantes attirent l'attention. Ce trouble s'explique fréquemment si l'on considère que dans la position debout le fibrome d'un utérus en position normale pèse de tout son poids sur la vessie et par conséquent la gêne considérablement dans son expansion. Il s'agit donc là d'un symptôme résultant uniquement de la *compression* exercée par la tumeur sur le corps de la vessie.

Très faciles également à expliquer sont les *troubles dysuriques* assez fréquents au cours de certains fibromes de l'utérus, fibromes du corps enclavés dans le petit bassin, ou fibromes du col. Ces tumeurs agissent de plusieurs façons pour produire la dysurie qui dans certains cas va jusqu'à la rétention.

Il n'est pas douteux que la *compression* joue un rôle capital dans la production de ces troubles dysuriques, et la meilleure preuve c'est qu'ils s'observent avec une particulière fréquence dans les fibromes enclavés. Il est vraisemblable que cette compression ne s'exerce pas en général sur l'urètre, qui peut échapper grâce aux branches ischio-pubiennes entre lesquelles un fibrome un peu volumineux ne peut pénétrer; ce n'est donc qu'un fibrome du col, et de petit volume, qui pourra aller comprimer l'urètre en le déviant. La compression paraît s'exercer en général au niveau du col vésical, entre la masse néoplasique incluse dans le petit bassin et la face postérieure du pubis. Ce qui prouve bien encore la réalité de cette compression c'est le fait que l'on voit ces vessies dans ces cas remonter dans l'abdomen pour s'y développer et atteindre une limite supérieure fort élevée, parfois presque l'ombilic.

A cette cause capitale, la compression qui, dans certains cas peut être telle que la rétention en résulte, il faut ajouter d'autres raisons. C'est *l'allongement de l'urètre* signalé dans un certain nombre d'observations. C'est ainsi que dans le cas rapporté par Legueu (*Journal d'Urologie, loc. cit.*) l'orifice urétral avait disparu dans le vagin, attiré qu'il était par l'élévation de la vessie et de son col.

D'autre part, la vessie étant solidaire, par sa paroi postéro-inférieure, d'une certaine partie de l'utérus, si une tumeur se développe à ce niveau, augmentant l'étendue de l'utérus, la vessie va être obligée par ses

adhérences normales desuivre ce mouvement d'expansion et il va y avoir un *étalement de la vessie* qui ne sera pas sans la gêner considérablement pour revenir sur elle-même lors de la miction. Lorsque l'on intervient pour ces fibromes de la paroi antérieure du col et de l'isthme il est facile de vérifier l'étendue de cette surface d'accolement entre l'utérus et la vessie.

L'incontinence d'urine, au cours des fibromes de l'utérus, est assez rarement observée ; j'en rapporte cependant deux observations (obs. VII et VIII). Plusieurs explications peuvent être données de cette incontinence.

On peut supposer tout d'abord que cette incontinence n'est qu'une *incontinence par regorgement*, le fibrome ayant commencé par provoquer de la rétention avec distension. Chez notre malade ce n'était certainement pas l'explication qu'il fallait en donner parce que le sondage démontrait la vacuité de la vessie ; dans l'observation de Lejars où l'incontinence existait également il n'est pas fait mention de la distension vésicale. Cependant il se peut que l'absence d'urine dans la vessie ne soit pas une preuve absolue de la réalité de ce mécanisme ; car, en particulier chez les rétrécis, l'incontinence provoquée d'abord par la rétention avec distension, puis une fois le sphincter étant forcé, il le reste, et l'urine s'écoulant continuellement, la vessie se vide d'une façon régulière sans qu'il puisse être mis obstacle à cette évacuation.

Un autre mécanisme qui peut être invoqué pour expliquer l'incontinence d'urine est la *dislocation du col vésical*. Sous l'influence du développement d'un fibrome le col se trouve, du fait de son adhérence, tirailé, soit en bas, soit en haut, et ses parois distendues et paralysées ; son fonctionnement est ainsi compromis. Il est vraisemblable que chez le malade de l'observation VII ce fut cette dislocation de l'urètre qui provoqua l'incontinence car une fois le fibrome enlevé, contrairement aux espérances de M. Marion l'incontinence persista et il fut nécessaire d'intervenir ultérieurement pour la faire disparaître.

Il se peut également que dans certains cas l'incontinence relève de la *compression de la vessie* qui empêche son développement, provoque de la pollakiurie impérieuse aboutissant progressivement à l'incontinence fausse, puis à l'incontinence vraie.

Les *hématuries vésicales* qui peuvent accompagner les fibromes (obs. VIII) s'expliquent assez facilement par la congestion de tout le système vasculaire du petit bassin si fréquent au cours des fibromes, et si remarquable lors des interventions. Une semblable congestion existe certainement dans ces cas du côté de la vessie et pour qui connaît l'influence de ces congestions sur les hématuries des prostatiques il n'est pas surprenant qu'elles puissent aboutir également dans ces cas au saignement.

Des explications identiques peuvent être données lorsque ces phénomènes au lieu d'être provoqués par des fibromes de l'utérus le sont par des tumeurs

des annexes. Dans l'observation XVI, c'est un hydrosalpinx enclavé qui déterminait les phénomènes de dysurie vraisemblablement par compression. Dans l'observation XVII où la malade avait des hématuries il existait une salpingite dont certainement la poussée inflammatoire s'accompagnait d'inflammation du paramètre et du tissu cellulaire sous-vésical puisqu'il existait, au niveau du bas-fond vésical, un soulèvement œdémateux expliquant aisément les troubles de la fonction vésicale.

Pour les troubles que provoquent les *prolapsus génitaux* il est également facile d'en donner l'explication. La *pollakyurie* paraît devoir être mise sur le compte des tiraillements exercés par l'utérus et le vagin sur la vessie, lorsque les malades se trouvent dans la position debout toute la masse génitale tend à tomber et à entraîner la vessie. Mais lorsque celle-ci a pris part au prolapsus il n'est pas surprenant que de la *dysurie* puisse exister, le bas-fond ayant été entraîné et formant une poche inférieure gênée dans sa contractilité par son adhérence au vagin qui l'a entraînée. La vessie accolée aux parois devrait relever la paroi vaginale à laquelle elle est soudée. C'est pourquoi dans ces cas on voit des malades être dans l'obligation de peser sur leur cystocèle afin de pouvoir vider complètement leur vessie.

L'incontinence est un symptôme fréquent des prolapsus génitaux ; il semble que cette incontinence ne soit le fait ni des mictions impérieuses et fréquentes que peut déterminer le prolapsus, ni de la rétention

avec distension, mais qu'elle résulte d'une dislocation du col vésical.

En effet, lorsque la paroi inférieure de la vessie se trouve entraînée vers l'extérieur, ce sont des portions de plus en plus rapprochées du col vésical qui descendent et lorsque la paroi du col elle-même se trouve sollicitée vers le bas on comprend que celui-ci se contracte mal ; en réalité, la paroi inférieure du col est tirée vers le bas chaque fois que les malades sont dans la position debout, ce qui tend à entr'ouvrir ce col, et pour faire obstacle à l'écoulement de l'urine il n'y a plus que l'urètre dont la contractibilité est insuffisante à l'empêcher.

Quant à la *névralgie vésicale*, la *vessie irritable* qui résulte des lésions génitales les plus variées, elle ne peut être expliquée que par un réflexe analogue à ceux qui font que des névralgies céphaliques ou autres, des troubles gastriques accompagnent les mêmes lésions vésicales. Du reste, le tempérament de la femme n'est pas sans être pour quelque chose dans l'existence de ces névralgies ; ce sont en général chez des femmes particulièrement nerveuses qu'on le voit apparaître.

DIAGNOSTIC

Au point de vue du diagnostic de l'origine des troubles trois cas peuvent se présenter :

1° Les malades sont atteintes d'une lésion génitale manifeste dont le diagnostic s'impose en raison de symptômes bien caractérisés, et à ces symptômes se surajoutent quelques troubles vésicaux qui seront immédiatement rattachés à l'affection génitale pour laquelle la malade vient consulter. C'est le cas, par exemple, d'une malade qui se sait atteinte de fibrome, ou qui vient consulter pour des pertes rouges et le développement de son abdomen, et qui au cours de l'interrogatoire signalera la difficulté de ses mictions, la pollakyurie. Par conséquent dans ce cas nulle difficulté.

2° Les malades viennent consulter pour leurs troubles vésicaux, mais l'examen le plus superficiel révèle la cause de ces troubles dans l'appareil génital tant la lésion est évidente bien que n'ayant pas attiré l'attention des malades. Nous trouvons des exemples de ces cas chez les malades qui viennent consulter pour une rétention d'urine qui résulte d'un fibrome enclavé. Le symptôme est d'importance et attire

forcément l'attention des malades alors que le fibrome peut fort bien avoir évolué sans se manifester jamais par aucun autre trouble. De même des femmes atteintes de prolapsus très évident, dont elles souffraient peu, qui s'inquiètent le jour où elles ont une perte involontaire d'urine. Il suffit de connaître cette incontinence par prolapsus pour rattacher le symptôme à la lésion, surtout quand on saura que ce symptôme se produit bien dans les conditions où il doit se produire, c'est-à-dire dans la station verticale.

Pour cette catégorie de cas il n'est donc pas besoin encore d'insister sur le diagnostic.

3^e Les cas de la troisième catégorie sont d'une interprétation beaucoup plus difficile et parfois même il n'est pas toujours possible d'établir la relation de cause à effet entre les troubles vésicaux et une lésion génitale qui n'attire en rien l'attention avant le résultat d'un traitement. C'est ainsi qu'une incontinence d'urine pourra fort bien n'être pas rattachée d'emblée à un prolapsus génital si celui-ci est peu apparent et même nul au moment d'un examen pendant lequel la malade étant couchée le prolapsus n'existera pas. De même et surtout au cas de vessie irritable il faudra bien connaître la possibilité d'origine génitale afin de rechercher une lésion qui n'attire nullement l'attention.

Quand on se trouve en présence de troubles vésicaux tels que pollakiurie, incontinence, dysurie, rétention même, on devra avoir l'attention attirée du côté de la sphère génitale lorsque les troubles

présenteront une augmentation d'intensité dans certaines circonstances bien définies. C'est ainsi que la pollakyurie ou l'incontinence exclusivement orthostatique doivent immédiatement faire penser à un symptôme vésical d'origine génitale. De même lorsque les troubles vésicaux se trouvent notablement augmentés au moment des règles, et c'est en recherchant attentivement du côté de l'appareil génital que l'on découvrira la lésion. Parfois on n'osera pas rattacher le symptôme à la lésion immédiatement, tellement celle-ci peut être peu prononcée, et le symptôme pouvant être d'autre part provoqué par autre chose. Il en est ainsi pour l'incontinence des prolapsus. C'est dans la position debout que se produit cette incontinence, et ceci est une particularité qui doit faire rattacher ce trouble à un prolapsus si celui-ci existe ; mais, d'autre part, les incontinenances par insuffisance sphinctérienne de certaines femmes n'existent également le plus souvent que lorsqu'elles sont debout. De sorte que l'on fera bien de ne pas affirmer immédiatement que l'incontinence doit être rattachée à l'existence du prolapsus avant d'avoir vu l'effet d'un traitement. Dans ces cas il suffira de faire porter à la malade un pessaire de dimension convenable. Si le pessaire supprime le symptôme on pourra affirmer la relation de cause à effet entre l'incontinence et le prolapsus, et dans ce cas proposer un traitement chirurgical. Au contraire, si le pessaire ne supprime pas l'incontinence, c'est qu'au prolapsus qui peut exister se surajoute certaine-

ment un état défectueux du sphincter vésical, et l'on pourra supprimer le prolapsus sans agir en aucune façon sur l'incontinence qui, en somme, est la seule chose qui trouble les malades.

Lorsqu'ils s'agit de névralgie vésicale le diagnostic est encore plus délicat, peut-être parce que les relations entre ce trouble vésical et les affections des organes génitaux sont peu connues. En présence d'une malade qui urine souvent et douloureusement il ne faut naturellement admettre le diagnostic de cystite que si l'urine contient du pus; encore faudra-t-il s'assurer que ce pus ne provient pas de la vessie et n'a pas été entraîné par l'urine. Mais une fois qu'il est bien constaté que l'urine ne contient pas de pus il faut abandonner l'idée d'une cystite. D'autre part, si l'on explore la capacité vésicale on reconnaîtra que celle-ci n'est pas ou presque pas diminuée, contrairement à ce qui existe dans les cystites; en tous cas, la diminution n'est pas en rapport avec l'intensité des troubles accusés par la malade.

La cystoscopie enfin est de la plus haute importance dans le diagnostic de l'origine des troubles vésicaux d'origine génitale, et bien souvent c'est elle qui mettra sur la voie de ce diagnostic. D'une part, elle démontrera que la vessie ne présente aucune lésion capable d'expliquer les troubles en question, et qu'il faut rechercher en dehors d'elle la cause de la douleur et de la fréquence; d'autre part, elle pourra dans certains cas déceler des déformations vésicales tout à fait particulières qui attirent l'attention

du côté de la région péri-vésicale, pour peu qu'on soit un peu attentif, en particulier du côté des organes génitaux.

Que la vessie ne présente aucune lésion il ne s'ensuit pas que l'irritabilité vésicale doive être forcément d'origine génitale, car d'autres affections peuvent la provoquer en dehors des affections de l'utérus ou des annexes; on la rencontre dans les affections du rein, calcul, rein mobile, tuberculose; dans les affections de l'uretère, calcul bas situé. Elle s'observe à la suite des cystites alors que toute trace de celle-ci a disparu. On peut l'observer dans certaines affections nerveuses, le tabes plus particulièrement, ou simplement, chez des sujets névropathiques. Ce seront donc autant d'hypothèse à envisager. Mais il faudra également savoir que les affections génitales peuvent les provoquer et les rechercher d'autant que parfois on sera mis précisément sur la voie de ces affections par le résultat de la cystoscopie. Si en effet la cystoscopie montre qu'aucune lésion vésicale n'est responsable des troubles, elle peut cependant révéler des déformations ou des modifications de la paroi qui attireront l'attention du côté de la région péri-vésicale.

Deux modifications sont à ce point de vue très intéressantes, *l'œdème vésical* et *le soulèvement de la paroi*. L'œdème vésical localisé, sans rougeur de voisinage, sans pus dans l'urine, doit immédiatement faire penser à un foyer inflammatoire de voisinage; on le rencontrera dans les affections inflammatoires

des annexes ou du tissu cellulaire péri-utérin. Il existait de la façon la plus manifeste chez la malade de l'observation XVII qui présentait des troubles d'irritabilité vésicale en rapport avec l'évolution d'une salpingite, et c'est lui qui fit songer à l'existence d'une inflammation péri-vésicale.

Le soulèvement de la paroi vésicale est encore plus souvent que l'œdème rencontré dans les affections de l'utérus et des annexes. C'est lui qui chez les malades des observations XVIII et XX permit à M. Marion de faire le diagnostic de la cause en l'engageant à rechercher du côté des organes génitaux l'origine de l'irritabilité vésicale qu'accusaient les malades. Suivant la lésion, le soulèvement existera au bas-fond ou sur les côtés. Il est en général peu prononcé, tout au moins dans les cas d'irritabilité vésicale dont il est question en ce moment. Par contre, dans les fibromes de l'utérus, qui déterminent des troubles de dysurie ou de compression, ce soulèvement peut être considérable et forcer à donner au cystoscope des inclinaisons plus ou moins considérables si l'on ne veut pas que la tumeur s'appliquant sur le prisme du cystoscope masque absolument le champ. Dans l'observation V il en était ainsi et le fibrome refoulait de telle façon la vessie et l'urètre que l'introduction du cystoscope s'en trouvait très gênée.

La cystoscopie constitue donc un moyen d'exploration qui ne doit pas être négligé lorsqu'on se trouve en présence de troubles vésicaux d'explication un peu difficile. Il se peut qu'elle ne donne aucun ren-

seignement ; il se peut, au contraire, qu'elle précise de la façon la plus nette l'origine des troubles. En outre, inversement, des troubles qu'on serait tenté de mettre sur le compte d'affections génitales concomitantes pourront être démontrées bien nettement d'origine vésicale du fait des lésions que pourra révéler la cystoscopie.

TRAITEMENT

Je serai très bref sur le traitement, celui-ci devant tendre à la suppression ou la guérison de l'affection génitale, suppression ou guérison qui doit amener la disparition des troubles vésicaux sans qu'il y ait en général rien à faire du côté de la vessie.

Le traitement de chaque affection ne présente du reste aucune particularité du fait qu'elle s'accompagne de troubles vésicaux. Cependant il est à noter en passant que dans le cas de fibrome de l'utérus s'accompagnant de phénomènes de dysurie, l'ouverture du péritoine doit se faire extrêmement haut en raison de l'élévation de la vessie refoulée dans l'abdomen. A vouloir pénétrer dans le péritoine au niveau habituel on risquerait d'ouvrir la vessie ; c'est au contraire immédiatement au-dessus de la vessie que devra se faire l'incision, qui sera ensuite agrandie progressivement lorsque l'on aura bien reconnu sa situation.

J'ai dit plus haut que la guérison des troubles vésicaux succédait en général à la guérison de l'affection génitale sans que l'on ait rien à faire du côté de la vessie. Il n'en est pas toujours ainsi, et en parti-

culier dans l'observation VII l'on voit que l'incontinence qui avait été provoquée par le fibrome de l'utérus persista après la suppression de celui-ci et qu'on fût obligé de recourir à différents moyens pour avoir raison de cette incontinence. Cette persistance de l'incontinence peut encore exister dans les cas de prolapsus réparé de la façon la plus correcte. Il est vraisemblable qu'alors la musculature sphinctérienne trop longtemps distendue ne reprend pas sa contractilité après la cure de la cause qui a provoqué la distension. Toujours est-il que dans ces cas il faudra compléter le traitement par des interventions spéciales. L'électrisation pourra être essayée, de même que les injections péri-urétrales de paraffine qui ont donné un bon résultat dans le cas de la malade de l'observation VII; quelquefois on sera réduit à pratiquer des opérations plastiques sur l'urètre.

De même dans les cas de névralgie vésicale il sera indiqué de s'attaquer tout d'abord à la lésion génitale que l'on considère comme la cause des troubles, mais en même temps, il sera des plus utiles d'agir d'une façon générale sur l'état nerveux de la malade par les calmants classiques, bromures, valériate, etc., et d'une façon locale par les suppositoires belladonnés morphinés, ou les lavements laudanisés.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fibrome de l'utérus. — Pollakiurie

M^{me} L..., âgée de cinquante-quatre ans, domestique, entre le 8 décembre 1910, salle Lailler, parce que son ventre a augmenté de volume d'une façon assez considérable et rapide depuis le mois de juillet.

En outre, elle a des pertes rouges en dehors de ses règles devenues très abondantes et douloureuses.

La malade n'a pas eu d'enfants, elle n'a jamais fait de fausse couche. Il y a sept ans elle avait eu une forte métrorragie sans que celle-ci ait été précédée d'un retard de règles. Depuis cette métrorragie ses règles avaient été plus abondantes.

Il y a un an entre les règles sont apparues de petites pertes rouges qui sont allées en augmentant d'abondance et actuellement ces métrorragies sont véritablement considérables.

Comme autre trouble la malade accuse une augmentation de fréquence des mictions, au moins pendant le jour. Tandis que la nuit elle se relève deux fois, pendant la journée elle est forcée d'uriner huit à dix fois. En outre, ces besoins sont

impérieux et demandent à être satisfaits aussitôt qu'ils se font sentir.

A l'examen l'abdomen est globuleux, proéminent. A la palpation on sent une masse arrondie, assez régulière, non bosselée, très volumineuse, remontant jusqu'à l'ombilic. Elle est nettement délimitée, dure, mate.

Au toucher vaginal on ne parvient pas à sentir le col utérin tellement il est élevé.

13 décembre. — *Opération* par M. Marion. — Ablation par hystérectomie subtotala d'un utérus porteur de fibromes multiples dont l'ensemble représente le volume d'une tête d'adulte.

Suites normales. La malade sort le 7 janvier débarrassée de ses troubles.

OBSERVATION II

Fibrome de la face antérieure de l'isthme. — Dysurie

M^m M..., quarante-sept ans, femme de ménage. Entre salle Lailler le 20 mars 1911, pour une grosseur dans le ventre qu'elle a commencé à remarquer il y a dix ans.

Il y a trois semaines, la malade a commencé à ressentir de la difficulté pour uriner, en même temps les mictions sont fréquentes et douloureuses. La malade se plaint également de difficulté de la défécation. Elle perd l'appétit. La malade n'a jamais eu de grossesse. Depuis trois ans elle est réglée très irrégulièrement. Au palper, on sent une masse bosselée, surtout développée à gauche, du volume d'une tête d'enfant. Le spéculum montre un col punctiforme. Le toucher fait reconnaître une masse vaginale antérieure dont les connexions

sont nettes avec la masse abdominale et avec l'utérus. Il s'agit évidemment d'un fibrome.

28 mars. — Ablation du fibrome par M. Marion. Une masse fibromateuse grosse comme une orange existe sur la face antérieure de l'isthme. Pour dépasser ses limites inférieures il est nécessaire de décoller considérablement la vessie dont la paroi postérieure se trouve étalée sur la tumeur. Hystérectomie sub-totale.

Suites très simples. Le 23 avril la malade sort guérie.

OBSERVATION III

Fibrome de la partie postérieure du col. — Dysurie

M^{me} J... Pauline, quarante-cinq ans, ouvrière, entre le 30 octobre 1911, salle Lailler, parce qu'elle présente des troubles de la miction.

Depuis le mois de janvier dernier, la malade a remarqué qu'elle a parfois le matin de la difficulté pour uriner. Elle met un cataplasme et urine alors plus ou moins facilement. Dans la journée la miction est normale.

Depuis huit jours les difficultés d'uriner ont beaucoup augmenté, surtout le matin, en même temps sont apparues des douleurs dans le bas-ventre. Les mictions sont également devenues plus fréquentes : toutes les deux heures le jour, trois ou quatre fois la nuit. Elle est obligée de pousser considérablement à chaque miction.

A l'examen on constate un gros fibrome utérin situé dans le cul-de-sac postérieur qui bombe. Ce fibrome refoule le col de telle façon devant et au-dessus de lui qu'il est impossible

de le sentir. Le fibrome est enclavé dans le petit bassin qu'il remplit; en outre, il déborde en haut et remonte jusqu'à l'ombilic.

8 novembre. — *Opération* par M. Marion. — Hystérectomie sub-totale. Fibrome de la partie postérieure du col. Fibrome du fond. L'opération ne présente aucune particularité une fois que l'on a extrait du cul-de-sac postérieur la masse qui y est enclavée.

Suites normales. La malade sort le 6 décembre débarrassée de tous ses troubles.

OBSERVATION IV

Fibrome de la paroi postérieure. — Dysurie

M^{me} S... Marie, quarante et un ans, ménagère. Entrée le 6 novembre 1911, salle Lailler.

Depuis lundi dernier 30 octobre la malade éprouve les plus grandes difficultés pour uriner et elle est obligée de pousser fortement à chaque miction.

La malade a eu deux enfants, elle a fait une fausse couche il y a deux ans. Règles régulières.

Au toucher vaginal on sent un fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant, mobile, bombant dans le cul-de-sac postérieur, et repoussant le col contre le pubis.

Déchirure périnéale.

14 novembre. — *Opération* par M. Marion. — Hystérectomie sub-totale. Fibrome de la paroi postérieure du volume d'un gros poing enclavé dans le petit bassin.

Suites très simples.

La malade sort complètement guérie le 15 décembre.

OBSERVATION V

Fibrome de l'utérus. — Rétention d'urine

M^{me} H..., quarante-neuf ans, vient à la consultation des voies urinaires de l'hôpital Necker le 3 novembre 1909, parce qu'elle n'a pas uriné depuis quarante-huit heures.

Le ventre est globuleux, très nettement bilobé ; un sillon médian sépare les deux lobes qui remontent jusqu'à l'ombilic. La palpation permet de sentir dans la fosse iliaque droite une tumeur dure, mamelonnée. Dans la fosse iliaque gauche, on a la sensation d'une poche liquide, distendue, qui n'est autre que la vessie. Par le cathétérisme on retire, en effet, un litre et demi d'urine ; on voit la tuméfaction vésicale s'affaïssir, bien qu'on ait laissé une certaine quantité d'urine de liquide dans la vessie.

Par le toucher on constate que les culs-de-sac vaginaux ont disparu repoussés par la tumeur qui bombe dans le vagin ; le col effacé, mais pas dilaté, est porté en avant et en haut contre la symphyse pubienne contre laquelle il vient comprimer le col vésical. On fait le diagnostic de rétention d'urine par compression d'un fibrome utérin.

C'est en février 1909 que les premiers troubles sont apparus ; ils consistent en besoins fréquents et impérieux d'uriner lors de la station debout, cinq à six fois par heure. Quand elle est assise elle passe facilement une heure sans uriner. La nuit elle se relève dix à douze fois.

En août survient de la difficulté pour uriner en même temps que la pollakiurie devient intense. Cette difficulté est

allée en augmentant jusqu'au 1^{er} novembre, à partir duquel elle ne peut plus recueillir une seule goutte d'urine.

A partir du jour de son entrée la malade est sondée régulièrement. Une cystostomie pratiquée montre que l'urètre est comprimé et dévié. L'introduction du cystoscope est pénible et pour la réaliser il faut le diriger à gauche et en haut, le pavillon se trouvant dévié à droite et en bas. La paroi postérieure de la vessie fait une saillie considérable dans la cavité vésicale en même temps que la paroi latérale droite. Les uretères sont impossibles à voir.

10 novembre. — Opération par M. Marion. La vessie qui remontait au-dessus du pubis est évitée grâce à une incision haute du péritoine. La tumeur qui remplissait le petit bassin fut facilement mobilisée, la vessie disparut alors dans le pelvis. Hystérectomie totale.

La tumeur, grosse comme deux points d'adulte, s'était formée dans la portion sous-isthmique de l'utérus avec développement antéro-latéral droit.

Le soir de l'opération la malade urinait seule. Suites opératoires bonnes. Le 5 décembre la malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION VI

Fibrome du col et fibrome du corps. — Rétention

M^{me} M..., trente-cinq ans. Domestique. Amenée le 20 avril 1912, à la consultation Civile, par le Dr Ramus pour une difficulté considérable allant parfois jusqu'à l'impossibilité absolue d'uriner. Il y a huit mois que ces phénomènes ont débuté, et depuis huit mois la malade a eu trois crises de

rétenition complète. Les deux premières se sont terminées spontanément, la malade ayant pu uriner au bout de huit à dix heures. La dernière crise survenue il y a quatre jours a exigé l'intervention du médecin qui a dû pratiquer des sondages pendant quarante-huit heures.

A l'examen de la malade on constate que l'urètre laisse passer une boule exploratrice n° 22. Pas de polype apparent au méat.

Le Dr Marion se décide à pratiquer un examen cystoscopique. L'introduction du cystoscope ne présente aucune difficulté, mais lorsque le cystoscope est dans la vessie il est impossible de placer son extrémité externe sur la ligne médiane, elle est déviée fortement du côté droit, ce qui suppose qu'il existe dans la vessie une masse située à gauche refoulant l'extrémité externe à droite. La vision confirme le fait ; en bas, à droite, en haut, la vessie apparaît saine, mais aussitôt qu'on tourne le prisme à gauche on aperçoit qu'il existe une saillie recouverte d'une muqueuse vésicale saine. Si l'on tourne le prisme en bas et à gauche il est impossible de voir quoi que ce soit, la saillie venant s'appliquer sur le prisme.

La rétention était donc causée par une masse faisant obstacle au niveau du col. Il restait à déterminer si cette masse était une tumeur vésicale, un myome par exemple, étant donné qu'elle était recouverte par une muqueuse vésicale saine ou une tumeur péri-vésicale faisant saillie sous la paroi vésicale.

Le toucher devait trancher la question. Le col utérin était fortement repoussé contre la symphyse pubienne par une masse du volume du poing, lisse, dure, située dans le

cul-de-sac postérieur; d'autre part, une masse de volume moindre, mais également dure faisant, corps avec le col utérin, se trouvait située à gauche de lui et c'était elle, sans aucun doute, qui soulevait la paroi vésicale et déterminait les phénomènes de rétention.

D'après les caractères de ces masses, leurs connexions avec l'utérus, bien que la malade n'ait jamais eu de pertes rouges, il s'agissait évidemment de fibromes de l'utérus.

Interrogée la malade n'a pas remarqué que les difficultés de la miction fussent plus considérables au moment des règles.

On conseille à la malade l'ablation de ce fibrome. Elle doit revenir aux premiers jours.

La malade entrée à l'hôpital le 27 avril.

30 avril. — *Opération.* — L'incision abdominale est pratiquée très près de l'ombilic car M. Marion soupçonne que la vessie doit être considérablement remontée derrière la paroi abdominale. En effet, le péritoine étant ouvert lorsque l'on veut agrandir l'incision par en bas on trouve immédiatement la vessie. Celle-ci est refoulée, et en même temps, aussitôt que la longueur de l'incision le permet, le fibrome est attiré. On se met en devoir de pratiquer l'hystérectomie; le décollement de la vessie est particulièrement laborieux et il faut pour dépasser les limites de la partie inférieure du fibrome aller très bas. La paroi vésicale postérieure est étalée sur ce fibrome, qui en raison de sa situation basse devait arriver certainement jusqu'à l'urètre qu'il comprimait. Hystérectomie sub-totale.

La masse enlevée on voit qu'il s'agit d'un fibrome du corps du volume d'une tête de fœtus et d'un fibrome de la

partie postéro-latérale gauche de la portion inférieure du col.

Suites très simples. Les troubles de la miction disparaissent le jour même de l'opération ; la malade sort guérie le 25 mai.

OBSERVATION VII

Fibrome du fond de l'utérus en inversion. — Incontinence

M^{lle} D..., quarante-huit ans, domestique, entre le 29 décembre 1911, salle Lailler.

Il y a un an la malade a remarqué que dix jours avant ses règles elle avait de l'incontinence d'urine lorsqu'elle était debout. L'incontinence d'urine disparaissait au moment des règles pour reparaitre toujours dix jours avant les règles suivantes. Puis progressivement l'incontinence s'est établie d'une façon permanente mais seulement lorsque la malade est debout.

La malade urine trois fois la nuit.

Elle a toujours été réglée régulièrement.

Elle a beaucoup maigri depuis un an.

Au toucher vaginal on sent un gros fibrome utérin enclavé, bombant dans le cul-de-sac postérieur. Il est impossible de sentir le col refoulé en haut et en arrière.

Le fibrome occupe tout le petit bassin et dépasse le pubis en haut.

Le sondage pratiqué ne révèle aucune distension vésicale.

Opération le 5 janvier 1912 par M. Marion. Hystérectomie abdominale sub-totale. Fibrome du fond de l'utérus en inversion, maintenu très solidement dans cette position par l'enclavement de la masse dans le petit bassin.

Suites normales. La malade sort le 29 février.

La malade contrairement à ce que l'on espérait n'a pas été améliorée au point de vue de son incontinence par l'ablation du fibrome; elle continue à perdre ses urines dans la position debout comme par le passé.

En octobre 1912 elle revint salle Lailler pour que l'on essaie de guérir son incontinence. M. Marion lui fait un plissement et un allongement de l'urètre sans résultat. Au mois de décembre il lui pratique des injections de paraffine autour de l'urètre. A partir de ce moment l'incontinence cesse complètement. Mais dans les jours qui suivent l'injection de paraffine la malade fait une embolie pulmonaire assez sérieuse dont elle se remet cependant. Elle sort au commencement de janvier 1913 débarrassée de son incontinence.

OBSERVATION VIII

(Lejars, In *Revue de la Société d'obstétrique, gynécologie et pédiatrie*, 1906, p. 142.)

Fibrome cervical. — Incontinence d'urine. — Hématuries

Femme de quarante-deux ans auprès de laquelle je suis appelé en 1904 pour des accidents particuliers. Mère de deux enfants, la malade souffrait du ventre depuis plus de dix ans; depuis longtemps on avait reconnu l'existence d'une tumeur pelvienne, mais la nature semblait en être restée douteuse; en tout cas on avait toujours reculé devant une intervention, et des traitements médicaux divers avaient été appliqués. La malade avait eu quelques hémorragies utérines peu

importantes ; mais dans le dernier mois la situation était devenue critique ; le ventre avait considérablement grossi, les douleurs étaient très vives et gênaient tout déplacement, la maigreur était progressive, enfin une incontenance continue d'urine s'était produite, et de temps en temps, un peu de sang était mélangé à l'urine. Au palper, du reste assez malaisé, de l'abdomen, on constatait une tumeur irrégulière, non mobilisable, qui remontait jusqu'à l'ombilic ; cette tumeur était située à la face postérieure de la paroi abdominale, elle semblait faire corps avec elle, surtout dans la zone de Retzius qu'elle distendait et soulevait en relief ; au toucher, on retrouvait au-devant du col son pôle inférieur et l'absence de mobilité se confirmait ; en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, on sentait une tumeur moins dure qui semblait être le corps utérin. Les accidents vésicaux et en particulier l'urine sanglante, qui, à plusieurs reprises, avait paru, l'amaigrissement, le mauvais état général, le développement rapide de la masse dans les derniers mois, avaient fait craindre un néoplasme malin. Sans repousser complètement l'hypothèse d'une dégénérescence, le diagnostic de fibrome me parut s'imposer, et, toute réserve faite sur la gravité de l'intervention j'opérai.

L'incision pratiquée j'ouvris le péritoine très haut, non loin de l'ombilic et je prolongeai prudemment la section de haut en bas ; je découvris, en effet, une masse énorme, qui émergeait du bassin et remplissait toute sa moitié antérieure, et au-devant de laquelle remontait une très grande vessie dilatée ; en arrière de cette masse, on trouvait l'utérus, lui-même volumineux et refoulé en arrière. J'incisai le feuillet séreux péri-utérin un peu au-dessus du cul-de-sac supérieur

de la vessie, je le décollai peu à peu. en le rabattant comme une vaste poche vide, sur le pubis ; la tumeur sous-jacente était étendue d'un côté à l'autre du bassin, descendait tout au fond de la cavité pelvienne et ne semblait nullement mobile ; pourtant je commençai à la libérer à la compresse, suivant lentement sa surface antérieure, descendant peu à peu et poursuivant sur les côtés le travail de dissection ; je parvins enfin à atteindre la limite inférieure de la masse, elle se laissa un peu relever, suffisamment pour que, les ligaments larges ayant été pincés et sectionnés, le vagin put être incisé transversalement en avant et, peu à peu, sectionné. Il restait, après cette hystérectomie totale, une très large cavité cruentée. Le vagin fut fermé, les ligaments larges péritonisés et la cavité fut rétrécie autant que possible par la suture du péritoine voisin, et finalement marsupialisée ; un gros drain y fut laissé.

Les suites de cette intervention furent très bonnes ; il y eut de la rétention partielle d'urine pendant quelques jours et peu à peu la vessie dilatée reprit sa tonicité et son fonctionnement. La guérison se fit sans incident notable en vingt-cinq jours.

Il s'agissait d'un très volumineux fibrome diffus de la face antérieure du col, qui s'était développé sous le péritoine, en refoulant et comprimant la vessie et en se prolongeant derrière la paroi abdominale ; il était gros comme les deux poings.

OBSERVATION IX

Cystocèle. — Pollakyurie

M^{me} L..., âgée de trente-quatre ans. Entre salle Lailler le 9 juillet 1908, pour des douleurs dans le bas-ventre

Bien réglée d'ordinaire, elle présente quelques pertes blanches depuis la naissance d'un enfant âgé actuellement de cinq ans. Depuis cette époque elle souffre également de pesanteur au niveau de la vulve et de troubles de la miction. Lorsqu'elle est couchée elle urine normalement, mais lorsqu'elle est debout elle éprouve constamment le besoin d'uriner sans cependant perdre ses urines, Cette pollakyurie est allée en s'accroissant dans ces derniers mois.

A l'examen l'inspection démontre une cystocèle très marquée et un léger degré de rectocèle. Le toucher fait constater un col haut situé, régulier ; il réveille une légère douleur dans le cul-de-sac gauche où il n'existe aucune masse appréciable.

28 juillet. — *Opération* par M. Marion. — Laparotomie ; suture de la paroi vésicale postérieure à la paroi abdominale (cystopexie).

Colpopérinéorrhaphie antérieure et postérieure suivant le procédé habituel. Suites opératoires excellentes.

La malade sort le 20 août débarrassée de ses troubles.

OBSERVATION X

Cystocèle. — Pollakyurie

M^{me} P..., âgée de trente-huit ans, ménagère. Entrée le 5 mai 1909, salle Lailler, parce qu'elle souffre dans le bas-

ventre, surtout du côté gauche, et parce qu'elle urine toutes les heures quand elle est debout; quand elle est au lit elle urine normalement. Ces phénomènes datent de quinze mois, époque à laquelle elle eut un accouchement; elle se plaint en outre depuis cette époque de pesanteur lombaire lorsqu'elle se fatigue ou reste très longtemps debout.

Il y a douze mois, on lui fit porter un pessaire qui améliora ces troubles sans les faire disparaître complètement. La malade est réglée. Dans l'intervalle des règles elle perd en blanc.

A l'examen on constate une cystocèle extrêmement prononcée. L'utérus est très mobile au toucher, les culs-de-sac normaux.

12 mai. — *Opération* par M. Marion. — Cystopexie et colpoperinéorrhaphie antérieure. Suites normales.

La malade sort le 10 juin complètement guérie.

OBSERVATION XI

Prolapsus. — Incontinence

M^{me} D... Maria, trente-neuf ans, blanchisseuse. Entre le 15 juillet 1909, salle Lailler, pour une incontinence d'urine.

La malade a été opérée en 1905 d'un fibrome utérin. A cette époque elle présentait depuis plus d'un an de l'incontinence d'urine sans aucun autre signe de fibrome, sans douleur et sans pertes. On pratiqua l'extirpation simple du fibrome sans hystérectomie.

L'incontinence d'urine diminua après l'opération, mais reprit il y a deux ans environ. Elle consiste dans l'émission

involontaire et continuelle de quelques gouttes d'urine surtout accusée lorsque la malade est debout. Il n'y a ni douleur à la miction, ni pyurie. En outre de son incontinence la malade éprouve des envies fréquentes d'uriner lorsqu'elle marche ou qu'elle fait des efforts.

A l'examen, prolapsus utérin et cystocèle. On applique un pessaire, l'incontinence diminue puis cesse presque complètement à tel point que la malade se déclare satisfaite et refuse l'opération.

OBSERVATION XII

Prolapsus. — Incontinence

M... Louise, vingt-sept ans, bonne. Entre à l'hôpital le 23 novembre 1910, pour une pesanteur dans le bas-ventre, surtout accentuée pendant les fatigues.

Il y a deux ans que ces phénomènes ont débuté en même temps que la malade présentait une incontinence diurne d'urine qui persiste encore actuellement de temps en temps. Elle accuse des pertes blanches et rouges dans l'intervalle des règles.

Lorsqu'on examine la malade, on constate un agrandissement considérable de l'orifice vulvaire à travers lequel on voit saillir les parois vaginales postérieure et antérieure. Au toucher, l'utérus apparaît considérablement descendu, son col est gros. Au spéculum il donne issue à une grande quantité de pus.

Ces accidents doivent être rapportés à un accouchement que la malade a fait il y a quatre ans, au cours duquel elle a eu une déchirure du périnée.

25 novembre 1910. — *Opération* par M. Marion. — Curetage et périnéorrhaphie antérieure et postérieure.

Suites normales ; la malade sort le 18 décembre. Son état est très satisfaisant, elle ne perd plus ses urines la journée.

OBSERVATION XIII

Prolapsus. — Incontinence

M^{me} G..., trente-huit ans, marchande de quatre-saisons. Entre salle Lailler, le 16 mai 1911, pour des besoins fréquents d'uriner et de l'incontinence dans la position verticale ; au bout d'une heure elle est forcée de satisfaire le besoin d'uriner immédiatement sous peine de perdre ses urines. La nuit lorsqu'elle est couchée elle n'urine qu'une ou deux fois ; lorsqu'elle est debout, douze fois environ. Ces phénomènes ont débuté il y a quatre ans. La malade a eu trois enfants.

A l'examen on constate que la vessie forme une saillie sur la paroi antérieure du vagin, en même temps qu'une déchirure périnéale consécutive à un accouchement il y a quatorze ans. Au toucher, rétroversion.

On place un pessaire qui provoque une amélioration des troubles de la miction. La malade n'a plus que des envies d'uriner assez rares dans la position verticale. On en conclut que c'est bien le prolapsus vaginal qui est la cause des troubles de la miction.

23 mai. — *Première opération* par M. Marion. — Hystéropexie.

6 juin. — *Deuxième opération*. — Périnéorrhaphie.

La malade sort le 25 juin débarrassée des troubles qu'elle présentait.

OBSERVATION XIV

Prolapsus. — Incontinence

M^{me} C..., vingt-neuf ans, ménagère, entre le 7 avril 1912. service Civiale, parce qu'elle perd ses urines en marchant.

Réglée à onze ans. Mariée à vingt-quatre ans. Elle fait une fausse couche au mois de septembre 1910, et au mois d'octobre 1911 elle a un accouchement extrêmement laborieux.

Depuis cette couche, elle perd ses urines lorsqu'elle est debout depuis un certain temps, lorsqu'elle se fatigue ou même seulement lorsqu'elle marche.

A l'examen, on constate un prolapsus de la paroi postérieure du vagin, avec un relâchement très marqué du périnée. En même temps il existe un certain degré de cystocèle.

13 octobre. — On met un pessaire à la malade pour voir si l'incontinence est le fait de la chute du vagin. A la suite de la mise en place de ce pessaire, la malade peut marcher sans perdre ses urines. Il semble donc que l'incontinence est bien provoquée par le prolapsus.

20 avril. — *Opération* par M. Marion. — Réfection du périnée avec suture des releveurs.

La malade sort le 20 mai. La continence est complète.

OBSERVATION XV

Prolapsus. — Incontinence

M^{me} G... d'A..., vient consulter le D^r Marion, le 9 décembre 1912, pour une incontinence d'urine, se produisant

uniquement dans la station debout et surtout pendant la marche. C'est à la suite d'un accouchement, datant de deux ans, que ces troubles sont apparus. Lors de cet accouchement, particulièrement pénible, le périnée avait été déchiré.

A l'examen, on constate un prolapsus génital encore peu accentué, l'utérus s'abaisse, mais n'apparaît pas à la vulve ; cystocèle et rectocèle.

M. Marion conseille un pessaire, la malade ne voulant pas entendre parler d'une réparation opératoire.

Le pessaire appliqué, l'incontinence disparaît complètement.

OBSERVATION XVI

Hydrosalpinx. — Dysurie

M^{me} J..., âgée de cinquante-quatre ans, ménagère, entre le 20 mars 1912, service Civile, pour des difficultés d'uriner et d'aller à la selle, ainsi que pour des douleurs dans le bas-ventre.

Au mois de juillet 1911, à la suite d'un effort pour porter un gros paquet, elle fut prise d'une douleur violente dans le bas-ventre. Cette douleur dura cinq à six jours et força la malade à garder le lit.

Au mois de décembre de la même année, la malade commença à ressentir de la difficulté pour uriner. A chaque fois elle est obligée de faire des efforts. Depuis, cette dysurie a persisté et s'est même accrue.

Au mois de mars de cette année elle est reprise de crises douloureuses violentes dans le bas-ventre, accompagnées de difficultés pour uriner.

A l'examen, le col utérin est abaissé et refoulé en avant contre la symphyse par une masse volumineuse, dure, enclavée dans le cul-de-sac postérieur. A cause de la consistance, on porte le diagnostic de fibrome enclavé.

27 mars. — *Opération* par M. Marion. — Hystérectomie abdominale subtotale. La masse sentie est un très volumineux hydrosalpinx de la trompe droite, dont le liquide est coloré par des hémorragies qui ont dû se faire lors des poussées douloureuses. La consistance ferme était produite par la tension extrême du liquide dans la poche.

Sortie de la malade complètement débarrassée de ses troubles le 20 avril.

OBSERVATION XVII

Salpingite. — Hématurie

M^{me} F..., entre à l'hôpital Lariboisière, salle Lailler, n° 12, le 15 novembre 1912, pour des fréquences de la miction, accompagnées d'émission d'urine sanglante. Ces troubles ont débuté quelques jours auparavant, en même temps que des douleurs abdominales très vives, compliquées de vomissements. A son entrée, la malade urine toutes les heures environ avec des douleurs assez vives. Les urines sont nettement sanglantes. On pense immédiatement à une cystite blennorragique, mais l'on ne trouve aucune trace d'écoulement et, d'autre part, la capacité vésicale ne paraît pas sensiblement diminuée, elle est de plus de 200 grammes. La cystoscopie est facile, elle permet de voir, au niveau du bas-fond, à gauche, un soulèvement œdémateux de la paroi, sans rougeur marquée. Le reste de la vessie est intact. Cette

cystoscopie fait penser immédiatement à une lésion extra-vésicale.

Le toucher vaginal révèle, en effet, dans le cul-de-sac gauche, une masse du volume d'une grosse orange médiocrement douloureuse.

Quelques jours auparavant, il était entré dans le service, une malade atteinte de néoplasme du corps de l'utérus propagé à la vessie, présentant un tableau analogue à celui que présente cette malade. Mais, en raison de la brusquerie des accidents, M. Marion pense plutôt à une affection d'origine inflammatoire salpingienne.

Il met la malade au repos, à la glace et aux injections. Progressivement la malade s'améliore, les hématuries disparaissent en même temps que la fréquence sans que l'on fasse rien du côté de la vessie, les urines redeviennent complètement claires. Un mois après, le toucher vaginal démontre que la masse du côté gauche a totalement disparu. La malade sort le 17 décembre ne se ressentant plus de ses troubles.

OBSERVATION XVIII

Fibrome et salpingite. — Vessie irritable

M^{me} C..., trente-deux ans, vient consulter le Dr Marion le 9 décembre 1912 pour des troubles vésicaux consistant en fréquence exagérée des mictions accompagnée de douleurs et de ténésme à la fin de la miction. Ces troubles existent depuis plusieurs mois, mais dans ces derniers temps ils ont acquis une intensité telle qu'ils obligent la malade à s'en

inquiéter. Le Dr Fossier, médecin de la malade, en présence de ces troubles un peu particuliers avait pensé à la possibilité d'une lésion génitale et l'avait envoyée consulter un accoucheur. Celui-ci n'ayant rien trouvé, la malade s'était adressée à un urologue.

La fréquence des mictions est surtout prononcée la nuit, ainsi que les douleurs. Dans ces derniers jours la malade est obligée de se relever douze à vingt fois la nuit, et à chaque fois la miction s'accompagne de douleurs. La malade voit ces troubles augmenter notablement au moment de ses règles.

Le Dr Marion propose une cystoscopie qui est acceptée. Les urines de la malade sont parfaitement claires. La vessie est tolérante, elle admet 250 grammes de liquide sans difficulté. A la cystoscopie la vessie apparaît normale comme coloration, mais au niveau de la partie droite du bas-fond on voit un soulèvement de la paroi vésicale. Ce soulèvement attirant l'attention sur quelque chose d'extra-vésicale, le Dr Marion pratique un toucher vaginal qui dénote un utérus en place mais surmonté d'une masse du volume d'une mandarine dure, ressemblant à un fibrome, d'autre part une autre masse également ferme, de même volume, existe dans le cul-de-sac postérieur droit.

M. Marion conclut à un utérus fibromateux provoquant des troubles du côté de la miction.

Autrefois la malade a été soignée à la suite d'une fausse couche pour de la pelvi-péritonite.

Opération le 16 décembre, rue de la Chaise, en présence du Dr Fossier. L'abdomen ouvert on constate qu'il existe des adhérences de l'épiploon à tout le petit bassin. Sur le fond de l'utérus se trouve un fibrome pédiculé, du volume d'une

mandarine. Mais, dans le petit bassin, la masse que l'on sentait est un ovaire kystique du volume également d'une mandarine. La trompe de ce côté est oblitérée. Du côté gauche existe aussi une salpingite et une ovarite kystique.

Hystérectomie subtotale et ablation des annexes.

Suites très simples. Les troubles vésicaux disparurent le jour même de l'intervention.

OBSERVATION XIX

Mérite du col. — Vessie irritable

M^{me} M..., d'Antony, vingt-sept ans, vient consulter M. Marion au mois de juin 1910 pour des phénomènes vésicaux ressemblant absolument à ceux d'une cystite. Depuis deux mois environ elle a été prise d'envies fréquentes d'uriner avec sensations douloureuses à la fin de la miction. Cette pollakyurie dans ces derniers temps a pris une intensité considérable puisque la malade urine parfois tous les quarts d'heure. La nuit aussi bien que le jour la pollakyurie existe; elle est du reste assez variable dans son intensité suivant les moments ou les périodes; elle est notablement plus prononcée au moment des règles.

Jusqu'alors la malade n'a fait que prendre des boissons diurétiques pour calmer les troubles qu'elle éprouve.

Les urines de la malade sont restées constamment claires; et examinées, au moment même où la malade vient consulter, elles apparaissent absolument limpides.

Une cystoscopie est proposée pour établir la cause de ces troubles et acceptée. La vessie reçoit facilement 200 grammes

de liquide et la cystoscopie démontre l'intégrité absolue de la muqueuse. L'examen est particulièrement minutieux au niveau du col sans qu'il soit possible de découvrir la moindre lésion qui pût expliquer les troubles vésicaux.

M. Marion considère donc la malade comme une femme urinaire atteinte d'irritabilité vésicale, d'autant que la malade est une femme d'un tempérament particulièrement nerveux. Mais il pense qu'une lésion génitale pourrait être la cause de cet état névralgique, il examine l'utérus et trouve une métrite du col fort accentuée.

Depuis deux ans existent des symptômes de métrite ; pertes blanches, règles douloureuses, douleurs dans les reins sans que la malade s'en soit jamais beaucoup préoccupée.

M. Marion pense que les troubles vésicaux peuvent être sous la dépendance de cette métrite et en commence le traitement.

Étant donné le volume du col, il fait une série d'applications de caustique de Filhos. A partir de la quatrième, l'état du col redevint presque normal et les troubles de la miction, à ce moment, disparaissent à peu près complètement.

Le col ne reprit son volume et son aspect normal qu'à la sixième application de Filhos. A ce moment on peut dire que, sauf quelques poussées très passagères et très atténuées de mictions impérieuses, le fonctionnement de la vessie est normal.

Le traitement de la métrite est encore continué pendant quelques semaines par l'application de crayons iodoformés et de tampons glycerinés. La malade ne parle plus de sa vessie.

OBSERVATION XX

Rétroversion utérine. — Vessie irritable

M^{me} M..., cinquante-huit ans. Éprouve depuis plusieurs années des troubles de la miction, consistant en fréquences, et phénomènes douloureux.

La malade urine au moins toutes les heures, parfois plus souvent surtout la nuit ; elle a, d'autre part, une envie impérieuse et se trouve dans l'obligation de se garnir afin d'éviter d'être mouillée lorsqu'elle circule.

Les mictions s'accompagnent fréquemment, mais pas toujours, d'une sensation pénible au moment où elle termine, en même temps que la miction est suivie d'épreintes assez douloureuses qui se prolongent un certain temps. Parfois la miction s'accomplit sans douleur et c'est au bout de quelques minutes que des douleurs apparaissent avec des épreintes.

La malade par fausse honte n'a pas consulté jusqu'alors ; mais une de ses sœurs étant venue consulter le Dr Marion pour des troubles vésicaux de cystite, elle se décide également à demander un avis.

M. Marion pratique une cystoscopie. La vessie présente une capacité de 250 centimètres cubes. La muqueuse vésicale est normale comme coloration. Mais le trigone et la région du bas-fond paraît soulevée. Ce détail éveille l'attention de M. Marion qui pratique un toucher vaginal pensant à une lésion génitale, et il trouve l'utérus complètement tombé en arrière, le col étant en avant. C'est lui qui soulevait le bas-

fond vésical. D'autre part, il y avait un léger degré de cystocèle.

Comme il pouvait y avoir une relation entre cette lésion interne et les troubles vésicaux, M. Marion conseille un pessaire.

L'effet fut presque immédiat; quelques jours après les troubles vésicaux avaient complètement disparu.

CONCLUSIONS

1° Des troubles vésicaux très variés peuvent résulter de lésions génitales chez la femme : *pollakyurie, irritabilité vésicale, dysurie, rétention, incontinence vraie ou fausse, hématurie.*

Un caractère commun à la plupart de ces troubles, c'est d'être *influencés par la position d'une part, par les états congestifs du petit bassin d'autre part* ;

2° Toutes les affections utérines ou annexielles sont capables de provoquer des troubles de la miction : *fibromes, prolapsus* très souvent, *salpingites, kystes parovariens ou ovariens, déviations utérines* plus rarement. Le cancer de l'utérus en dehors de la pollakyurie ne détermine en général des troubles accentués de la miction que lorsqu'il s'est déjà propagé à la vessie ;

3° Dans la plupart des cas, les troubles vésicaux au cours des lésions génitales relèvent d'une *action purement mécanique*, parfois de *phénomènes congestifs*, parfois aussi ils ne sont que des *troubles réflexes* ;

4° Le diagnostic de l'origine de ces troubles est plus ou moins délicat, suivant les cas. Tantôt la lésion génitale est évidente et le trouble vésical accessoire ; tantôt le trouble vésical attire surtout

l'attention de la malade, mais il est facile de le rattacher à une lésion génitale qu'un examen, même superficiel, fait découvrir ; tantôt le trouble vésical domine toute la scène, et il faut un examen des plus complets pour arriver à rattacher l'effet à la cause. Les caractères des troubles, la cystoscopie serviront à établir le diagnostic ;

5° La cystoscopie est particulièrement à recommander dans tous les cas de troubles vésicaux d'origine génitale ; elle mettra sur la voie du diagnostic en faisant constater qu'il n'existe dans la vessie nulle lésion capable d'expliquer les troubles, et quelquefois en démontrant de l'œdème ou des déformations des parois qui devront immédiatement attirer l'attention du côté de la région péri-vésicale ;

6° Le traitement des lésions génitales qui provoquent des troubles vésicaux n'offrent aucune particularité. Il sera parfois nécessaire de l'aider ou de le compléter par un traitement destiné à agir plus directement sur la vessie.

Vu : le Président de la thèse,

RECLUS

Vu : le Doyen,

LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction.....	7
Étude clinique.....	11
Affections génitales susceptibles de provoquer des troubles vésicaux.....	19
Mode d'action des lésions génitales.....	23
Diagnostic.....	29
Traitement.....	37
Observations.....	39
Conclusions.....	65

